Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 1208 de 2007

CONFLICTO EN EL SECTOR DE LA SALUD

Mediación

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 5 de setiembre de 2007

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante José Quintín Olano Llano.

MIEMBROS: Señores Representantes Luis José Gallo Imperiale y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Daniel Bianchi, Alba M. Cocco Soto, Carlos Maseda y Jaime Mario Trobo.

ASISTE: Señor Representante Eduardo Brenta.

INVITADOS: Por el Ministerio de Salud Pública, señores doctor Miguel Fernández Galeano, Subsecretario; doctor Baltasar Aguilar, Director General de la Administración de los Servicios de Salud (ASSE); economista Daniel Olesker, Director General de Secretaría.

Por el Sindicato Médico del Uruguay: doctores Alfredo Toledo, Presidente; Eduardo Ferreira, Secretario; Julio Trotchansky, Roberto Mantero, Asesor; Andrés Kohn, Francisco Cóppola y Daniel San Vicente; escribano Julio Lorente y economista Luis Lazarov, Asesores.

Por la Federación Médica del Interior (FEMI), doctores Edgardo Mier, Presidente; Nilsa Iriondo, Secretaria; Gonzalo De León, Claudio Rabotti y Álvaro Eguren, Asesor.

Por la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas: doctores Alejandro Abal, Asesor; Gustavo Bogliaccini, José Carlos Vera Buzzi, Gustavo Malfatto, José Luis Rodríguez, Rosario Amorín, Juan Martín, Raúl Blanco, Asesor, y Julio De Fuentes.

SEÑOR PRESIDENTE (Olano Llano).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social recibe una delegación del Ministerio de Salud Pública, integrada por el señor Subsecretario, doctor Miguel Fernández Galeano, y por el Director de la

Administración de los Servicios de Salud, doctor Baltasar Aguilar; una delegación de la Federación Médica del Interior, integrada por su Presidente, doctor Edgardo Mier, por la doctora Nilsa Iriondo y por los doctores Claudio Rabotti y Álvaro Eguren; una delegación del Sindicato Médico del Uruguay integrada por su Presidente, doctor Alfredo Toledo, por su Vicepresidente, doctor Julio Trostchansky, por los doctores Francisco Cóppola, Daniel San Vicente, Roberto Mantero, Andrés Kohn, por el asesor, escribano Julio Lorente, por el Secretario, doctor Eduardo Ferreira y por el asesor económico, economista Luis Lazarov; una delegación de la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva, integrada por el doctor Wilson Guillén; y una delegación de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas, integrada por la doctora Rosario Amorín y los doctores Gustavo Malfatto, Juan Martín, Gustavo Bogliaccini, José Luis Rodríguez, Raúl Blanco y Julio de Fuentes y el asesor jurídico, doctor Alejandro Abal.

La Comisión levanta el intermedio establecido en la última reunión. Fue la propia Comisión que lo solicitó, a fin de elaborar una propuesta tomando aspectos manifestados por las diferentes partes. Esta propuesta se ha elaborado y se ha hecho llegar tanto al Ministerio de Salud Pública como a las gremiales. Además, se hizo una segunda ronda en la que se recibió la opinión acerca de este documento, elaborado por la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, por parte del Ministerio de Salud Pública y del Sindicato Médico del Uruguay. Hace pocos instantes recibimos el aporte que hace a ese documento la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas.

De manera que correspondería recibir oficialmente la opinión de las distintas partes.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Buenos días a todas y todos. Una vez más, estamos aquí tratando de avanzar en acuerdos en torno a la situación de conflictividad que, desde hace semanas, ha tratado esta Comisión mediadora.

En primer lugar, deseo señalar que la propuesta de acuerdo o preacuerdo que hace la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados es una buena base para avanzar a fin de encontrar en forma inmediata y en el tiempo caminos de solución a esta problemática que, como hemos dicho en muchas oportunidades, tiene una historia y una complejidad que obliga y exige transitar un proceso gradual de mejora en las situaciones planteadas.

En segundo término, quiero decir que la propuesta que se ha planteado por parte de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, convertida en mediadora en este conflicto, recoge varios de los puntos -en algunos casos de manera literal- de la propuesta que hiciera el Ministerio de Salud Pública el pasado viernes 31 de agosto. En ese sentido, saludamos la idea de avanzar sobre distintos aspectos conceptuales que aquí están planteados y algunos caminos concretos de entendimiento, eventualmente si las otras partes en esta negociación están de acuerdo.

Dichas estas cuestiones de carácter general, me voy a referir en una primera etapa también con carácter general a los puntos que allí están planteados. Aprovecho para señalar que, una vez que en el marco de este régimen de funcionamiento de sesión plenaria se presenten las opiniones, los puntos de consenso y los que todavía requieren acuerdos, se pueda pasar a un intermedio y establecer un grupo de trabajo que intente conciliar aquellas posturas diferentes a fin de arribar a los acuerdos necesarios. O sea que ya dejo planteada desde el pique la idea de que hoy hagamos primero un recorrido general sobre el documento que todos hemos recibido y posteriormente trabajemos sobre los puntos.

Nosotros estamos trabajando en base a una propuesta de diez puntos -sabemos que se ha manejado agregar otros- que es la que plantea la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social para que sea una base de acuerdo.

Respecto al primer punto, que es el que toca la esencialidad, pensamos que sería bueno que formara parte del acuerdo en los términos en que está planteado por parte de la Comisión, con algún agregado que voy a plantear en forma explícita en esta primera consideración del tema. De todas maneras, sería razonable -no por quitarle jerarquía- que, dado que el de la esencialidad es un punto que culmina como tal lo que puede ser un acuerdo, sería razonable que fuera coronando o sellando el conjunto de los temas, o sea que fuera un punto final, colofón de lo que es el trabajo que ha hecho la Comisión y que hemos hecho las partes para aproximar posiciones.

Este punto establecería el compromiso de un sistema de regulación de la cobertura de los servicios médicos durante el ejercicio del derecho de huelga, que permita una atención con plenas garantías para los usuarios. Incorporamos este concepto que nos parece fundamental en este tema y a partir de allí se zanjarían las diferencias causadas por la resolución de esencialidad del 13 de agosto de 2007. O sea que objetivamente, como culminación de un proceso de acuerdos, estaríamos en disposición de plantear que en el final de ese acuerdo, sellándolo, se establezca, sobre la base de los derechos y las garantías de los usuarios, que se podrían discutir las diferencias o las opiniones que hay respecto a la esencialidad, y no antes.

En líneas generales, nos parece que los puntos 2, 3, 4, 5 y 6, con algún ajuste de redacción, resumen los acuerdos alcanzados en las mesas de trabajo que funcionaron durante varios días en el Ministerio de Salud Pública. O sea que el preacuerdo estaría internalizando -esa palabra que le hemos robado a la psicología-, incorporando los acuerdos que ya existían en el seno de los grupos de trabajo. Debo destacar que en esos acuerdos se incorporan cosas tales como que el salario de todos los profesionales que realicen un mínimo de doce horas semanales alcance a $ 12.766, comprendiendo a médicos con función médica y cargos no médicos, contratados por Comisión de Apoyo y Patronato del Psicópata, lo que estaba como Anexo 3 de las mesas de trabajo. Destaco este punto en particular porque, sin duda, tiene una traducción económica. Ya expresamos en las comisiones que consagramos este acuerdo como sustantivo para que no haya personas con salarios a regularizar o personas que por Comisión de Apoyo hayan quedado con salarios menores a $ 12.766.

En suma, hay acuerdo en los puntos 2, 3, 4, 5 y 6. En el punto 6 también se plantea solucionar la disparidad salarial entre los profesionales con cargo de retén. Este es un tema que había planteado con mucha fuerza en particular la Federación Médica del Interior por la realidad que tiene, sobre la base de unificar el costo a partir de un margen mínimo de 30% a partir del 1º de enero de 2008, pudiendo atender en un plazo menor -esto lo planteamos nosotros- las situaciones prioritarias y más acuciantes; estamos abiertos a considerar los plazos.

En cuanto al punto 7, entendemos que tiene un carácter general, que está referido a tender a la equiparación, a la adecuación salarial para el sector médico de ASSE. Estamos de acuerdo con la idea de tender a la equiparación con las retribuciones del resto de las instituciones que tienen la perspectiva de integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud. Naturalmente, estamos planteando esto en el marco de la reestructura general de ASSE y estamos dispuestos a comprometernos a que los aspectos sustantivos, medulares, estructurales de esta propuesta de reestructura estén definidos antes del 31 de diciembre de 2007.

Sabemos que se han hecho planteamientos en el sentido de establecer a este acuerdo general algún tipo de jalonamiento, de hito, que le dé un nivel mayor de concreción. Estamos dispuestos, en el marco de la comisión del grupo de trabajo, a analizar alguna alternativa que, en términos generales, permita ir estableciendo estos hitos para tender a la equiparación de las retribuciones con las instituciones públicas y privadas que integrarán el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Señor Presidente: nosotros estamos en disposición de considerar medidas particulares en lo que tiene que ver con el Hospital Pereira Rossell, atendiendo la especial carga y complejidad del trabajo que allí se realiza, y estamos dispuestos a trabajar en el marco de la Comisión -no nos parece buena cosa que empecemos ahora porque la idea que tiene nuestro Ministerio de Salud Pública no es hacer una suerte de manejo de cifras que en lugar de ayudar nos trabe- en la propuesta que tenemos en materia de cifras para el punto 9 de la propuesta original.

Para finalizar, creemos que se deben incluir los criterios para el segundo párrafo del punto 10 -quizás esta sea la propuesta en la que más énfasis queremos poner como Ministerio, a la hora de lograr un acuerdo-, que refiere a cómo se va a establecer el modelo de organización y funcionamiento, que contempla las condiciones de trabajo. Nos parecería una absoluta incongruencia que después de que unos y otros hemos hablado de condiciones de trabajo y hacemos un acuerdo, sobre todo con relación al aspecto retributivo, no tengamos capacidad de llegar a un acuerdo sobre la organización y el funcionamiento del Servicio de Anestesiología del Hospital Pereira Rossell. Me parece que este es un acuerdo que tiene que hacerse. Si precisamos tiempo para hacerlo, debemos tomarlo, pero tenemos que lograr un acuerdo de base sobre la organización y el funcionamiento.

Para no reiterar, quiero decir que simplemente nos vamos a estar guiando por los criterios que propusimos el 31 de agosto de 2007; en esa propuesta establecíamos: "a) Presupuestación mediante contrato de función

pública de: 54 puestos titulares de 96 horas mensuales de médico anestesiólogo Grado II.- 15 puestos titulares de 96 horas mensuales de médico anestesiólogo Grado III.- 1 puesto titular de 120 horas mensuales de médico anestesiólogo Grado IV (Jefe de Servicio).- b) Fijar de común acuerdo" -en un plazo de quince días- "las normas de funcionamiento para el Departamento de Anestesiología del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Propuesta abierta para la discusión".

Queremos destacar, señor Presidente -en esta reunión no solo están quienes hemos participado en este proceso de negociación; veo con satisfacción la presencia de otras señoras Diputadas y de otros señores Diputados-, que se ha insistido mucho en las condiciones de trabajo. Nosotros hemos tomado eso como un elemento clave, anterior y previo a las regulaciones, y vemos que se vuelve a plantear, incluso en horas en las que se hacen anuncios públicos respecto a circunstancias que podrían agravar la situación. No queremos profundizar en ese tema porque tenemos plena conciencia, con el doctor Aguilar y con la señora Ministra, de que estamos en una hora en la que se puede llegar a lograr un preacuerdo que nos permita salir de esta situación. Pero con la misma energía y con el mismo énfasis queremos señalar que este acuerdo de organización del Servicio de Anestesiología del Hospital Pereira Rossell supone incrementar en un 20% -esto también es presupuesto- los recursos a aplicar a la resolución de los problemas de anestesia en el hospital del niño y de la mujer. Eso forma parte del acuerdo que hoy estamos proponiendo. No querríamos -por eso es una enmienda o agregado que hacemos a la propuesta de la Comisión- que el punto 10 dijera genéricamente que en un plazo de quince días se debe discutir un modelo de organización.

Queremos que el acuerdo al que se llegue incorpore inexcusablemente elementos que nos permitan saber que vamos a contar con el número y con la calidad, la categoría, de anestesistas que debe tener un servicio sobre el que se plantea que tiene que reunir determinadas condiciones.

Es todo cuanto tenía para decir. En todo caso, el doctor Aguilar podrá profundizar sobre estos temas, porque es quien ha estado en la Comisión de Negociación.

Proponemos que se forme un grupo de trabajo de redacción de la propuesta con dos integrantes por cada una de las delegaciones que son parte de este acuerdo. O sea, proponemos que se pueda trabajar sobre la base del texto de la Comisión para llegar a un acuerdo concreto, y no seguir generando nuevas situaciones de opiniones. Tenemos un texto concreto de la Comisión mediadora. Vamos a ver si podemos acordar sobre un texto. Si podemos, bien; si no podemos, cada quien verá cómo continuamos en este tema sobre el cual todos deseamos una solución.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- No voy a abundar en agradecimientos a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social por habernos permitido estar reunidos, por primera vez en dos años y medio, con estas autoridades del Ministerio de Salud Pública.

Nosotros también analizamos la propuesta que nos hizo llegar esta Comisión en la mañana de hoy. En base a la propuesta hecha por esta Comisión y a la otra propuesta, hemos elaborado las consideraciones que nos parecen imprescindibles para llegar a los acuerdos.

También voy a referirme, como lo ha hecho el señor Subsecretario, a los distintos puntos de la mencionada propuesta.

En el punto 1, que trata sobre la esencialidad, como consideración general -luego voy a leer la resolución de la Mesa-, quiero decir que para nosotros puede ser un punto final, pero si figura dentro del acuerdo.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Sí.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Es absolutamente imprescindible y acordado.

Entonces, paso a leer nuestras consideraciones sobre el punto 1. Se establece: "Se acuerda el cese de las medidas de fuerza instaladas por los diferentes gremios, así como la aceptación por las partes de una regulación de la cobertura de los servicios médicos durante el ejercicio de huelga que permita una atención con plenas garantías para los usuarios, lo cual comprenderá la atención de la urgencia, la emergencia, las intervenciones oncológicas, los partos, los recién nacidos y el seguimiento de los pacientes ya internados.- Se

solicita agregar un punto 1 bis: Las condiciones laborales que el nuevo servicio descentralizado ASSE deberá asegurar de modo fundamental comprenderán, entre otros, los siguientes puntos: a) el equipamiento de calidad suficiente y en estado de conservación adecuado, que garantice la seguridad y calidad de la atención de los pacientes, en todo el proceso de la atención médica; b) los insumos que sean necesarios para asegurar que la atención médica se realiza de acuerdo con las recomendaciones internacionales y nacionales en cada situación; c) la seguridad ambiental y excelencia de las instalaciones en correspondencia con lo que se brinda en el resto del futuro SNIS, tanto para los pacientes como para los funcionarios médicos y no médicos; d) el respeto de la independencia profesional que solo debe estar sometida a las normas éticas nacionales e internacionales; e) el respeto de los derechos gremiales de los médicos".

En lo que respecta al punto 2 se está conforme con su redacción, por lo tanto no vamos a efectuar objeciones.

En lo que tiene que ver con el punto 3 se debe iniciar el proceso de presupuestación de los trabajadores médicos que tienen ingresos por Comisión de Apoyo y/o Patronato de Psicópata a través de la agenda y cronograma que figura en el Anexo II, sin afectar el salario nominal percibido ni los derechos adquiridos.

En cuanto al punto 4 que refiere al aumento de enero de este año, estamos conformes.

Quisiéramos hacer una consulta con respecto al punto 5 porque este asunto ya está resuelto desde enero de 2007 y no lo vemos como un tema de negociación. Además, dicha resolución fija un valor hora de $ 266 para desempeño de doce horas. ¿Aceptarlo para los que realizan un mínimo de doce horas semanales implica que quienes están por encima de esa carga horaria también reciben ese valor hora? ¿O solo lo reciben quienes realizan esas doce horas? De ser así, podría hacer un comentario gracioso: podríamos bajarnos todos a doce horas.

En cuanto al punto 6 creo que en parte fue respondido por el Subsecretario pero, de todos modos, quisiéramos una interpretación más explícita para tener en claro si el 30% de la hora presencial se aplica a todos los profesionales que hacen guardias de retén, incluidos los grados 3 -especialistas consultantes, como sucede en Montevideo- o solo a los profesionales del interior, porque son cosas totalmente diferentes. De todas formas, debe tenerse presente que ese 30% existe en el mutualismo o sector semiprivado, en el entendido de que hay un pago mixto en el que también para los retenes está contemplada la productividad.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Quisiera realizar una aclaración con respecto a este punto 6 que se trató en las Mesas; quizás la SAQ no estaba presente.

No se trata de un 30% adicional, sino de establecer un aumento tomando como mínimo el 30% para las situaciones de los retenes que están más sumergidos.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Esa no es la aclaración que nosotros pretendemos. La duda que nosotros planteamos es diferente. Nosotros entendemos perfectamente que se trata del 30% de la hora presencial para el retén. Pero para hablar claramente, eso significaría una rebaja salarial para los retenes especialistas de Montevideo y un aumento salarial para los retenes del interior. Entonces, quisiéramos saber a quién se aplica este punto 6. Además, agregamos que es cierto que se paga en el mutualismo la hora de retén el 30% de la hora presencial, pero en el marco de un pago mixto que determina que a los retenes también se les contemple la productividad. En ese sentido, se aceptó el 30%.

En cuanto al punto 7 debemos decir que nosotros vimos que en la nueva propuesta se habían sacado temas, elaborados por la Comisión del Parlamento, y volvimos a ponerlos porque para nosotros son capitales. Por lo tanto, se debe iniciar un proceso de adecuación salarial para el sector médico tendiente a la equiparación total de las retribuciones de ASSE con la de los demás prestadores del futuro Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta equiparación se desarrollará en un plazo máximo de dos años con un cronograma que deberá explicitarse antes del 30 de noviembre -establecía la propuesta inicial; puede ser el 30 de diciembre- respetando siempre los derechos adquiridos. Ahora viene la parte suprimida que para nosotros es fundamental, que establecía que el logro de la equiparación de las remuneraciones será un elemento de importancia en el logro de la equiparación en la calidad asistencial lograda. El plazo de dos años para alcanzarlo dará a la nueva ASSE descentralizada una holgura importante en el que significa el principal rubro para cualquier prestador de servicios de salud -el rubro retribuciones-, dado que es muy inferior el porcentaje

presupuestal destinado a retribuciones médicas en ASSE comparado con el porcentaje destinado a igual efecto por el resto de los prestadores del futuro Sistema, teniéndose en cuenta además que la subvención de la Facultad de Medicina de la UDELAR permite el no pago de retribuciones por Salud Pública a la mayoría de los profesionales médicos y anestésico quirúrgicos del departamento de Montevideo.

En cuanto al punto 8 quisiéramos agregar el análisis en conjunto por el Ministerio de Salud Pública, ASSE y las organizaciones gremiales de los médicos, de la política de recursos humanos de ASSE desde la perspectiva de las diferentes modalidades de atención y niveles de complejidad de los siguientes aspectos de ASSE; con el resto se está de acuerdo.

En lo que tiene que ver con el punto 9 para la situación particular del Hospital Pereira Rossell se acuerda la adopción de medidas particulares. Además, debemos recordar que el primer día de instalación de los grupos de trabajo se fijaron dos prioridades a contestar por el Ministerio de Salud Pública en cuarenta y ocho horas y ha transcurrido casi un mes sin tener respuesta. Los dos elementos emergentes a solucionar en cuarenta y ocho horas eran el arreglo de la emergencia sanitaria del Hospital Pereira Rossell y la acotación de la esencialidad. Se comenzó con esto en los primeros días de agosto; estamos a 5 de setiembre y no hay una respuesta por parte del Ministerio que se había comprometido en la figura de su principal autoridad, la Ministra de Salud Pública, a dar una contestación a las 12 horas del día subsiguiente.

Entonces, para la situación particular del Hospital Pereira Rossell se acuerda la adopción de medidas particulares. Estas tendrán carácter transitorio hasta alcanzar los objetivos planteados en el punto 7 -equiparación salarial- y atendiendo la especial carga y complejidad del trabajo allí existente se acuerda que el monto hora para guardias internas con alcance a todas las especialidades será de $ 250 más 30% para quienes se desempeñen en horario nocturno. Debo decir que nuestros cálculos están lejísimos de los US$ 29:000.000 planteados en la reunión anterior, si fuera $ 250 para todos los médicos de las Comisiones de Apoyo. Acá hablamos solo de la emergencia del Pereira Rossell. Dichos especialistas cumplirán un mínimo de noventa y seis horas y un máximo de ciento noventa y dos.

Estamos de acuerdo con el punto 10 que establece crear el grupo de trabajo para tratar el problema anestesiológico del Hospital Pereira Rossell, pero aclaramos que en realidad es la SAQ en representación de la SAU y no con la SAU. La representación gremial de la SAU es la Mesa de las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas. Por supuesto que irán los delegados de la anestesia, pero no es la SAU que no es un organismo gremial sino que el gremio que los representa es la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas.

El punto 11 lo agregamos nosotros como una condición que nos parece esencial. Se establece elevar las iniciativas legislativas y adoptar las resoluciones administrativas que sean necesarias a efectos de asegurar que junto a los representantes de los demás actores del futuro Sistema de Salud habrá siempre por lo menos un representante de los médicos, tanto en los organismos de dirección como en los organismos de contralor del futuro sistema.

SEÑOR MIER.- La Federación Médica del Interior está básicamente de acuerdo con la propuesta de los señores Diputados que integran esta Comisión y, por lo tanto, estamos dispuestos a sentarnos a redactar lo que deberíamos llamar preacuerdo, puesto que deberíamos remitirnos a nuestra soberana que es la asamblea gremial de la Federación, que fue citada para el día viernes.

No tenemos claro si se va a tratar de un preacuerdo único con los tres gremios o, como hay particularidades, se harán las diferencias correspondientes.

SEÑOR DE LEÓN.- Queremos hacer referencia al trabajo en las Comisiones, cuando se dijo que la unificación del costo de la hora retén tendría un mínimo de un 30% y un máximo del 50% de la hora presencial. Cuando se habla de hora presencial, ¿de cuánto se está hablando? De alguna forma en el documento se trasunta en varias oportunidades el criterio de $ 12.276 por 12 horas. Eso, si lo llevamos a la carga del mes entero, serían 52 horas, lo que daría un nominal de $ 245. ¿Es de esa hora que estamos hablando? Soy específico, porque mucha gente me lo ha preguntado, ya que esto solucionaría muchos problemas de retenes únicos en el interior -especialistas únicos-, en varios departamentos.

SEÑOR AGUILAR.- Hay dos criterios para dilucidar esta interrogante. Uno es tomar como valor 100 de la guardia presencial el de la guardia presencial que hacen los técnicos en cada uno de los hospitales.

El otro criterio -que es el que nosotros estamos manejando- toma como 100 el valor de la guardia presencial de los hospitales de mayor complejidad. Por lo tanto, podríamos partir de un 30% de ese valor, que muchas veces es superior al de la guardia presencial del hospital correspondiente.

Lo que estamos estableciendo es una gradación según el nivel de complejidad de los distintos centros asistenciales.

De todas maneras, lo que queremos dejar bien establecido es que, sea uno u otro el criterio, vamos a optar por el camino que mejor resuelva algunas situaciones particulares que se dan sobre todo en el interior del país. Hay allí un elemento de detalle de la negociación en el que podríamos trabajar en un grupo especial establecido a tal efecto.

SEÑOR DE LEÓN.- ¿Cuáles son las cifras de esas horas presenciales? Nosotros habíamos asumido que era la hora presencial del cargo presupuestado.

SEÑOR AGUILAR.- Es la que ha sido señalada.

SEÑOR DE LEÓN.- Es de $ 245 nominales. Ese será el metro patrón y nadie va a ganar más del 50% ni menos del 30%.

SEÑOR TOLEDO.- A nivel del Sindicato Médico intercambiamos ideas conjuntamente con la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social en cuanto al documento esencial y en los conceptos generales, básicamente, nos pusimos de acuerdo. En este nuevo documento que presenta la SAQ los conceptos también se siguen manteniendo y, por tanto, las diferencias que podamos tener, de tiempo y respecto de algunas cifras, se podrán zanjar luego de un intermedio y a partir de una redacción conjunta entre las tres gremiales en el Ministerio de Salud Pública. De darse esa instancia, sería un paso más.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En la Mesa de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas se hizo una serie de consideraciones, añadidas al texto, que no vamos a comentar en este pleno, más allá de que tenemos una opinión diferente a la que se ha expresado. Vamos a tratar de avanzar en el marco del grupo de trabajo. Dejo esta constancia fundamentalmente porque, tratándose de una sesión con versión taquigráfica, es buena cosa que no estemos callando y otorgando en temas que necesariamente vamos a tener que clarificar en el marco del grupo de trabajo.

Con el beneficio de una intervención realizada al final, quiero exhortar a que tratemos de trabajar -lo ha hecho el Ministerio tratando de encontrar puntos de acuerdo- sobre la base de la matriz que hizo la comisión negociadora y no pretendiendo incorporar análisis, interpretaciones ni visiones globales, que en lugar de facilitar un acuerdo lo puedan entorpecer. Es una declaración de deseo, sin coartar a nadie la posibilidad de expresar su punto de vista.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si a ustedes les parece, la Comisión se reuniría en la Sala 7 y estaría integrada por dos delegados por cada parte. No hemos hablado del tiempo del que dispondría.

SEÑOR SAN VICENTE.- Discúlpeseme esta disfonía, propia de la época y de los ardores por intentar posicionar cualquier arreglo que se logre, en base a lo que no solo es un principio fundamental de la lógica sino también de la ética. Acá la salida debe ser pensada para todos los médicos y esto implica que no haya contradicciones entre el discurso y los hechos. Si uno pensara -razonando por el absurdo- lo que no debe ser este acuerdo, yo diría que este acuerdo no debería consagrar a vencedores y vencidos. No debe ser un acuerdo para que el Ministerio de Salud Pública salde viejas disputas con determinados sectores médicos. No debe ser un acuerdo en el cual se pierda la coherencia.

Cuando nosotros en el año 2005 continuamos un conflicto por la dignificación de los salarios médicos lo primero que se nos planteó fue: aquí de lo que se trata es de rebajar el salario a los médicos de las Comisiones de Apoyo que tienen un valor hora mayor. Entonces, de esa manera, rebajando el sueldo a los médicos de las Comisiones de Apoyo se nos daría a nosotros, con lo cual se emparejaría. ¿Pero cuál fue la

postura de la asamblea del Sindicato Médico del Uruguay? Decir que no, que muchas gracias. Acá estamos para defender todos los derechos adquiridos y, si en el marco de la irregularidad de Salud Pública hay quien tiene mayor valor hora y quien tiene menos, se tratará de contemplarlo en la equiparación pero, en aras de conseguir un acuerdo, jamás debe borrarse a determinados sectores del acuerdo.

Yo sostengo -permítaseme la digresión, señor Presidente- que lo que sirve a la colmena sirve a la abeja, pero no necesariamente lo que sirve a la abeja sirve a la colmena. Entonces, acá estamos en un acuerdo. Esto lo decimos libremente -con orgullo hablamos en el Parlamento- y que lo escuche quien tenga que escucharlo: si en este acuerdo se deja de lado a un solo médico, sigue el conflicto. Si por llegar al acuerdo pensamos en determinadas situaciones particulares y no pensamos en el conjunto, sigue el conflicto

Nosotros nos debemos, básicamente, a una asamblea que está planteada para el jueves. Acá, el señor Subsecretario nos ha dicho: "Ahora vamos a redactar", pero yo no sé si hoy por hoy -lo digo con todo respeto- estamos capacitados para redactar. ¿Por qué? Porque -no lo voy a explicitar- si acá tenemos el alcance del acuerdo, tengo dudas de que se estén respetando todos los derechos adquiridos de los médicos -porque en la Comisión me lo han explicitado-; realmente, por mí, hagan lo que quieran. Por un lado se nos plantea que va a haber una equiparación público privado y, por otro, se nos dice que si en policlínica o en intensivista tienen el valor hora a $ 220 o $ 245, es muy alto, que eso no lo llevan, y que van a borrarlo de la mesa de discusión. Entonces, ¡vamos a hablar claro! Creo que este conflicto se va prolongando y nosotros tenemos que hablar acá con la realidad, con la verdad y pensando en soluciones importantes y no en soluciones que nos tengan de conflicto en conflicto.

¿Qué implica defender todos los derechos adquiridos? Implica respetar todos los sectores y los valores hora que hay actualmente, y decirlo, pero no decirlo en público y después, en privado, plantear otro tema; acá tenemos que ser claros y transparentes porque la ciudadanía nos pide eso exactamente.

Un concepto que aprendimos de anteriores experiencias sindicales es que tenemos que equiparar hacia arriba; jamás un sindicato va a equiparar hacia abajo. Eso es claro. Ahora, que en la confluencia lleguemos a mantener valores hora y a reunir los otros sectores, de acuerdo. Pero nosotros somos grandes, y si el Ministerio de Salud Pública está planteando, en este momento y con este acuerdo, saldar cuentas con determinados sectores médicos, que lo diga ahora o calle para siempre. Entendemos que esto es muy grave. Se nos está diciendo: "Vamos a firmar un acuerdo, vamos a redactar", cuando acá tenemos grandes problemas como, por ejemplo, el que se planteó en la Comisión de que los médicos de policlínica y de sala están absolutamente fuera de este acuerdo, y no queda claro para los médicos de emergencia. Y lo tenemos que decir así.

Nosotros no estudiamos durante quince años para que nos hablen del valor hora, de que nos dan dos horas, tres horas o cuatro horas; creo que la ciudadanía se merece algo mejor que esto. Todos estamos empeñando tiempo; yo, hoy, estoy dejando pendiente una consulta que tengo.

Si vamos a arreglar en profundidad el tema, de acuerdo, pero señalo que en ese documento están dejando fuera la posición del conjunto de los médicos de policlínica. Y los médicos de policlínica no son ni más ni menos que nadie, y si vamos a mirarnos en los países adelantados -nos gusta mirarnos para algunas cosas pero para otras no-, veremos que los pisos salariales médicos son altos. Digámoslo claro: queremos defender todos los derechos adquiridos. En el conflicto del año 2005 no quisimos ir contra los valores hora altos, y ahora queremos que todos los gremios médicos reconozcan los derechos adquiridos.

SEÑOR PRESIDENTE.- A modo de sugerencia, sería bueno que todos esos elementos de discusión los logremos trasladar a la Comisión que va a estudiar esa redacción, porque si comenzamos a agregar distintos puntos en el seno de esta Comisión, vamos a ir transformándola en la Comisión que termine afinando todas las cosas que queremos afinar.

SEÑOR TROSTCHANSKY.- Estoy de acuerdo con lo que acaba de decir y voy a solicitar que se pase a intermedio pero, a fin de dejar constancia en la versión taquigráfica por las últimas palabras que se han dicho, quiero expresar a las autoridades ministeriales y de las gremiales que cuando el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay no está reunido, quien lo representa es la Mesa, que está formada por su Presidente, su Vicepresidente y su Secretario -aquí presentes-, que ya han expresado en Sala cuál es la posición del Sindicato Médico del Uruguay.

SEÑOR PRESIDENTE.- Siendo la hora 13 y 25, se pasa a intermedio hasta la hora 14 y 25.

(Ingresa a Sala el economista Daniel Olesker)

——Continúa la sesión.

(Es la hora 20 y 40)

——Vamos a dar lectura al documento que se ha elaborado con la colaboración de todas las partes.

Dice así: "PREACUERDO. En la ciudad de Montevideo, el 5 de septiembre de 2007, reunidos ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el Ministerio de Salud Pública, y ASSE, representados por el Subsecretario Dr. Miguel Fernández Galeano y el Dr. Baltasar Aguilar, respectivamente, el Sindicato Médico del Uruguay representado por los doctores Alfredo Toledo y Eduardo Ferreira, la Federación Médica del Interior, representada por los doctores Edgardo Mier y Nilsa Iriondo y la Sociedad Anestésico Quirúrgica representada por los doctores José Luis Rodríguez y José Carlos Vera acuerdan la celebración del presente preacuerdo, el que queda condicionado a la aprobación de las respectivas entidades gremiales en el plazo máximo de 7 días a partir de hoy".

Voy a ir leyendo los puntos uno a uno y si bien hay libertad para expresarse pido que lo haga un representante de cada una de las partes, de forma de poder avanzar de la manera más efectiva porque los puntos son trece.

Sigo con la lectura: "1. Los otorgantes asumen el compromiso de analizar en forma conjunta los medios para alcanzar los objetivos dispuestos en la Ley de ASSE, teniendo como eje la política de mejora de la cobertura y elevación de la calidad asistencial que se brinda a los usuarios, sobre la base de acordar un sistema de relaciones laborales que dé satisfacción a todas las partes.- En concordancia con lo anterior se abordará prioritariamente entre las partes lo vinculado a condiciones laborales, incluyendo todos los temas que redunden en la mejora de atención al usuario y en el mejor cumplimiento de la labor de los funcionarios médicos y no médicos.- 2. Iniciar el proceso de presupuestación de los trabajadores médicos que tienen ingresos por Comisión de Apoyo y/o Patronato del Psicópata a través de la agenda y cronograma que figuran en el Anexo 2, sin afectar los salarios líquidos de los trabajadores médicos".

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En lugar de "salarios líquidos", debería decir "retribuciones actuales" y punto. Esto ya contaba con un acuerdo de las partes.

(Diálogos)

SEÑOR LORENTE.- Se había acordado un texto que no es el que se termina de modificar y que no fue consultado con el Sindicato Médico del Uruguay. Por la especial circunstancia que está viviendo en este momento la delegación que integro, me siento incómodo en esta presentación. Con relación a la afirmación de que esto había sido acordado con las partes, debo decir que por lo menos con esta parte no fue acordado, ni siquiera mencionado.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- La idea que tiene el Ministerio la había hablado con las delegaciones de FEMI y de SAQ. Pensé -y pido formalmente disculpas- que en el momento en que lo hablamos también estaba presente algún delegado del Sindicato Médico del Uruguay.

Al hablar de retribuciones actuales estamos contemplando los ingresos líquidos de las personas. La razón por la cual se establece "retribuciones actuales" tiene que ver con la característica de la relación laboral que tenemos con nuestros trabajadores. En realidad, podríamos poner "retribuciones líquidas actuales".

SEÑOR PRESIDENTE.- El escribano Lorente nos manifiesta que está de acuerdo con esta redacción.

Entonces, vamos a leer nuevamente este punto: "2. Iniciar el proceso de presupuestación de los trabajadores médicos que tienen ingresos por Comisión de Apoyo y/o Patronato del Psicópata a través de la agenda y cronograma que figuran en el Anexo 2, sin afectar las retribuciones líquidas actuales.- 3. La regularización de

la situación de los médicos a los cuales no se les brindó el aumento salarial convenido el pasado 8 de enero, con retroactividad al 1º de enero de 2007.- 4. Los acuerdos de 8 de enero de 2007 entre el Poder Ejecutivo, FEMI y SMU, alcanzarán también a los médicos con función médica y cargos no médicos y a los médicos con contratos de Comisión de Apoyo y Patronato del Psicópata.- El salario para estos profesionales, a partir del 1º de octubre de 2007, será de $ 12.766 y deberán efectuar un mínimo de 12 horas semanales (anexo 3). 5. Solucionar la disparidad salarial existente entre los profesionales médicos que desempeñan funciones de retén en centros asistenciales de ASSE del interior del país, sobre la base de unificar el costo a partir de un margen mínimo del 30% del valor hora presencial. Se definirá un cronograma de adecuación a aplicar a partir del 1/1/08, pudiéndose atender las situaciones prioritarias y más acuciantes en un plazo de 60 días (anexo 3).- 6. Iniciar un proceso de adecuación salarial para el sector médico de ASSE, tendiente a la equiparación de sus retribuciones dentro de dicho servicio descentralizado, así como también a equiparar éstas con las del resto de los médicos de las instituciones que formen parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, según cronograma que deberá explicitarse antes del 31 [...]"...

SEÑOR ABAL.- Interrumpí al Presidente antes de que pronunciara el año 2007, porque fuera de la reunión hemos acordado que el punto 6 podría continuar así: "como resultado del proceso de equiparación, no podrán modificarse las condiciones de remuneración actual fuera del sistema público. Esta modificación iría en lugar de la frase: "El proceso mencionado anteriormente [...]", etcétera, y el siguiente inciso continúa el punto: "Este proceso se realizará en un plazo de dos años [...]".

(Interrupciones)

——Como resultado del proceso de equiparación, no podrá haber aumentos salariales fuera del sistema público, ni tampoco disminuciones salariales. Es eso.

(Diálogos)

——Esto no quiere decir que no se pueda modificar esto. Lo que no se puede modificar es como consecuencia de la equiparación que los gremios están poniendo y el Ministerio de Salud Pública, acordando como una meta a cumplir, pues se dice que en el campo de equiparar las condiciones de remuneración entre unos y otros no puede haber una modificación en perjuicio del sector no público. Es eso, y esto no quita que se puedan subir o bajar los salarios, pero fuera del proceso de equiparación, al margen de esto, por ejemplo, en un Consejo de Salarios.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Inicialmente se había llegado a un principio de acuerdo con esa formulación. El hecho de que la Federación Médica del Interior y el propio Sindicato Médico del Uruguay no estuvieran en el acuerdo y dado que no se entiende bien, creo que debemos seguir trabajando con la voluntad de encontrar, de salvar, lo que plantea la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas. Busquemos una formulación que sea más clara.

Hago esta propuesta para contemplar a las otras partes de este acuerdo.

Habíamos llegado a un principio de acuerdo, pero tenemos que buscar algo más claro, porque del texto propuesto se deduce que no podría modificarse en ningún sentido, y tenemos que buscar una redacción que no dé lugar a esa interpretación, que no es la que se busca.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa propone continuar con la lectura de los demás puntos del preacuerdo. ¿Es posible que alguien avance en la redacción de esos aspectos del punto 6 y los leemos después para no detener el proceso?

SEÑOR FERREIRA.- No era la mecánica que queríamos establecer, pero solicito un intermedio de por lo menos quince minutos.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa no tiene inconveniente, pero quiere saber si la solicitud de intermedio es por este punto en particular.

SEÑOR FERREIRA.- No, es por el preacuerdo en general.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En atención al tiempo que llevamos trabajando en este ámbito y contemplando que el intermedio puede ser para que alguna de las delegaciones acuerde, lo único que voy a pedir es que el intermedio sea indefectiblemente de diez minutos, porque si no seguiremos generando una dinámica de intermedios interminable.

Tenemos la mayor buena voluntad de encontrar un acuerdo. Hemos dicho a las delegaciones que en algunos puntos venimos sin margen de flexibilización, porque los hemos trabajado durante toda la jornada de hoy.

SEÑOR MIER.- En el mismo sentido que el doctor Fernández Galeano, la Federación Médica del Interior también quiere -por supuesto, no nos compete- conceder diez o quince minutos para un intermedio para avanzar en el documento que llevamos elaborando hace diez horas, al que pusimos el título de "Preacuerdo" "ad referéndum" de nuestras asambleas, pero si seguimos toqueteándolo, agregándole y sacándole no nos vamos a ir con un preacuerdo.

Creemos que todos nos debemos un poco de consideración en atención al tiempo que llevamos trabajando acá y del trabajo de los representantes de todas las instituciones. Entonces, no entendemos el proceso que estamos viviendo ahora.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me pidió la palabra el doctor Ferreira, a quien le pido la mayor brevedad porque todo este tiempo lo podríamos ocupar en avanzar en el preacuerdo.

SEÑOR FERREIRA.- Las circunstancias me obligan, porque todos estamos colaborando para alcanzar un acuerdo, y créanme que yo lo estoy haciendo sobremanera.

La delegación del Poder Ejecutivo se tomó varias horas y en ningún momento yo se lo recriminé. Sé que estuvieron haciendo los máximos esfuerzos para llegar a un acuerdo, pero yo pido un intermedio de quince minutos y me dicen que no, que solo será de diez; simplemente, me llama la atención.

Me voy a tomar el tiempo que considere que corresponde para alcanzar un acuerdo; por eso estamos peleando. Yo no estoy acá peleando por pavadas.

Si pido un intermedio es porque estamos tratando de solucionar la situación, y el señor Subsecretario me dice que quince minutos no, que solo diez, como si fuera un pecado pedir quince minutos. Será por diez minutos, pero quiero dejar constancia de que estuve esperando dos horas al Poder Ejecutivo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se pasa a intermedio hasta la hora 21 y 15.

——Continúa la sesión.

(Es la hora 21 y 8)

——¿Se encontró una redacción que satisfaga a las partes en lo que hace al punto 6)?

SEÑOR ABAL.- Sí, es lo que se leyó hoy.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, se agrega: "Como resultado del proceso de equiparación, no podrán modificarse las condiciones de remuneración actuales fuera del sistema público". Y lo que se elimina es: "El proceso mencionado anteriormente no significará en ningún caso la modificación de las condiciones de remuneración actuales".

SEÑOR ABAL.- Sí.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, el punto 6 quedaría así. "Iniciar un proceso de adecuación salarial para el sector médico de ASSE, tendiente a la equiparación de sus retribuciones dentro de dicho servicio descentralizado, así como también a equiparar éstas con las del resto de los médicos de las instituciones que formen parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, según cronograma que deberá explicitarse antes del 31 de diciembre de 2007. Como resultado del proceso de equiparación, no podrán modificarse las condiciones de remuneración actuales fuera del sistema público.- Este proceso se realizará en un plazo de dos años en el marco de la reestructura general de ASSE.- En este contexto ASSE se compromete en el plazo de un año a partir de la firma del acuerdo definitivo, a reducir significativamente la brecha existente entre los ingresos de los médicos, que cumplen doce y veinticuatro horas semanales, priorizando el monto salarial de aquellos que cumplan mayores cargas horarias".

Pasamos al Punto 7).

SEÑOR TOLEDO.- Acabamos de solicitar a la delegación del Ministerio de Salud Pública la inclusión al final del punto 7) que durante este plazo de un año, si hubiera necesidades por parte del servicio, los colegas que están cumpliendo doce horas puedan incrementar su carga horaria. Solicitamos que esto esté contemplado en el documento.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En primer lugar, creo que hemos demostrado a lo largo de todo el proceso de discusión en el día de hoy -podríamos decirlo con carácter general- la voluntad de búsqueda de consensos y acuerdos hacia una salida. Digo esto porque se hizo alguna referencia antes que me parece que no se aplica a la actitud que ha tenido la delegación del Ministerio.

En el párrafo final del punto 6), en el que se plantea la equiparación, entendemos que queda contemplada -hay versión taquigráfica- la posibilidad a la que hace referencia la delegación del Sindicato Médico del Uruguay.

Allí dice: "En este contexto ASSE se compromete en el plazo de un año a partir de la firma del acuerdo definitivo, a reducir significativamente la brecha existente entre los ingresos de los médicos, que cumplen doce y veinticuatro horas semanales, priorizando el monto salarial de aquellos que cumplan mayores cargas horarias".

Es notorio que el concepto que aquí se expresa y el compromiso del Ministerio incluyen la posibilidad que aquellos que trabajan doce horas puedan tener cargas horarias mayores a doce horas, si está acorde con el funcionamiento y las necesidades de ASSE.

Por lo tanto, nos parece que no es necesario el agregado que se está sugiriendo y, además, introduciría un elemento, en términos de lo que este preacuerdo está diciendo, que consideramos que no es necesario que esté incorporado.

Repito que no es un tema de falta de flexibilidad sino que, como ustedes comprenderán -lo digo de manera muy explícita-, este punto 6) supone para el Ministerio de Salud Pública un compromiso en términos económicos y un avance en el tema del mejoramiento del salario básico médico bien importante. En este momento, quienes representamos al Ministerio no estamos en condiciones de modificar esta fórmula que nos parece que da cuenta, además, de la preocupación que acaba de expresar el Presidente del Sindicato Médico del Uruguay.

SEÑOR TOLEDO.- Para mí es suficiente con que quede expresamente dicho por parte del señor Subsecretario que las necesidades asistenciales van a ser cubiertas con los profesionales que ya tenemos trabajando en ASSE y en Salud Pública, que hoy cumplen doce horas y que están dispuestos, en la medida de las necesidades, a incrementar su carga horaria. En tanto eso quedó expresado, para nosotros es suficiente; además, consta en la versión taquigráfica.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa entiende -consta en la versión taquigráfica lo que ha expresado claramente el doctor Toledo- que el Ministerio de Salud Pública -si no es así, que se me corrija- agrega

que sin la modificación del texto actual, la filosofía de lo que el doctor Toledo plantea está ya contemplada en el punto 6. ¿Es así?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Confirmo que es así.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, continuamos: "7. El análisis en conjunto por MSP/ASSE y las entidades gremiales médicas de la política de recursos humanos desde la perspectiva de las diferentes modalidades de atención y niveles de complejidad de los siguientes aspectos: ingresos y egresos, evaluación de desempeño, carrera funcional, descripción y valoración de cargos, pirámide funcional, movilidad intrainstitucional, política de remuneraciones, derechos gremiales y dotación (anexo 4).- 8. Para la situación particular del Hospital Pereira Rossell, se acuerda la adopción de medidas particulares. Estas tendrán carácter transitorio, hasta alcanzar los objetivos planteados en el punto 6 y atendiendo a la especial carga y complejidad del trabajo allí existente.- Se acuerda un valor/hora para guardias internas, con un alcance para los médicos de las especialidades que allí se desempeñan de $ 207. Dichos especialistas, cumplirán un mínimo de noventa y seis horas mensuales. Dicho mínimo podrá excederse en situaciones excepcionales debidamente fundamentadas hasta ciento noventa y dos horas mensuales.- Al no haber acuerdo al respecto quedan excluidos de esta cláusula los anestesistas del Hospital Pereira Rossell.- 9. La creación de dos grupos de trabajo. Uno, integrado por delegados del MSP/ASSE, FEMI, SMU y SAQ para el tratamiento de los temas incluidos en el numeral 7 de este documento, que deberá culminar sus trabajos en el plazo de sesenta días a partir de la firma del acuerdo definitivo. El segundo grupo, integrado por delegados de la SAQ y la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, del departamento de Anestesiología del CHPR, del MSP/ASSE y de la Dirección de dicho centro, con el cometido de analizar la problemática específica de dicho Departamento y, en particular, el diseño, en el plazo de quince días a partir de la firma del acuerdo definitivo, de un modelo de organización y funcionamiento que contemple los aspectos que hacen a las condiciones de trabajo de los anestesiólogos. Se incluirán los siguientes criterios: presupuestación de a) 54 puestos titulares de 96 horas mensuales de médico anestesiólogo Grado II, b) 15 puestos titulares de 96 horas mensuales de Anestesiólogo Grado III y c) un puesto titular de 120 horas mensuales de médico anestesiólogo Grado IV (Jefe de Servicio).

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Es un tema absolutamente formal, pero me parece que tendríamos que repararlo: en varios puntos se hace referencia a MSP/ASSE, por lo que consideramos que habría que separarlos con una coma porque ASSE ya no es parte del MSP por ser un servicio descentralizado. Por consiguiente, debe figurar "MSP, ASSE". Quizás podamos enmendarlo antes de la firma.

SEÑOR PRESIDENTE.-. Como los juristas aquí presentes están de acuerdo en que es válido hacer la aclaración en el mismo documento, recójase así en la versión taquigráfica.

Continuamos: "10. Se acuerda la creación de una Comisión integrada por representantes del MSP/ASSE, SMU, SAQ y FEMI, con el cometido de efectuar el seguimiento de los términos acordados en el presente acuerdo, la que será convocada por cualquiera de sus integrantes. 11. A partir de la fecha del acuerdo definitivo cesarán todas las medidas gremiales.- 12. A fin de zanjar las diferencias causadas por la resolución de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud Pública de fecha 13 de agosto de 2007, las partes acuerdan establecer a la brevedad un sistema de regulación de la cobertura de los servicios de atención médica durante el ejercicio del derecho de huelga reconocido constitucionalmente. Para dicho acuerdo deberán tenerse presentes los criterios internacionalmente reconocidos y las resoluciones gremiales recogidas en los instructivos de paro vigentes a la fecha.- El mismo dará plenas garantías de atención médica a los usuarios en el marco a convenir.- 13. Los anexos referidos en el presente y firmados por las partes se consideran parte integrante de este documento.- Y para constancia se firma el presente en cinco ejemplares de un mismo tenor en el lugar y fecha mencionados en el exordio".

SEÑOR VEGA LLANES.- Deberían ser seis ejemplares.

SEÑOR PRESIDENTE.- Firmarían este documento el Ministerio de Salud Pública, ASSE, el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior y las Sociedades Anestésico Quirúrgicas.

El documento continúa estableciendo: "Las tres gremiales dejan constancia de su aspiración que junto a los demás actores del Sistema Nacional de Salud exista siempre por lo menos un representante de los médicos, tanto en los organismos de dirección como de contralor". Firmarían este documento el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior y las Sociedades Anestésico Quirúrgicas.

Finalmente, el documento establece: "Las Sociedades Anestésico Quirúrgicas dejan constancia que con respecto a las remuneraciones de anestesistas y cirujanos en los hospitales de Montevideo, quedan en libertad de negociarlas directamente con el MSP/ASSE".

SEÑOR VEGA LLANES.- Sería solamente con ASSE.

SEÑOR PRESIDENTE.- Firmarían este documento las Sociedades Anestésico Quirúrgicas.

Se pasa a intermedio para realizar las correcciones formuladas en Sala y luego se procederá a la firma de los documentos.

(Es la hora 21 y 25)

——Continúa la sesión.

(Es la hora 21 y 35)

——Se deja constancia de que las partes han firmado el preacuerdo con las correcciones introducidas en Sala.

Se levanta la reunión